

psychischen Störungen will Verf. die Defecte in keine directe Beziehung setzen, meint aber, daß die Zeit ihrer Entstehung gleichzeitig mit der psychischen Erkrankung anzunehmen sei.

Von wesentlichem Interesse ist nun, daß keine der gewöhnlich der Gegend des Ammonshorns zugeschriebenen Functionen zu Lebzeiten irgend eine Störung erkennen liefs. Während die einen in diese Gegend die allgemeine Sensibilität oder auch das Muskelgefühl localisiren, suchen andere dort das corticale Centrum des Geschmackes und Geruches. Da nun alle diese Functionen trotz beiderseitiger Zerstörung der betreffenden Gegend keine Störungen aufwiesen (allerdings war wohl keine auf diese Functionen im speciellen gerichtete, eingehendere Untersuchung vorgenommen worden!), meint Verf., daß keine derselben in die Gegend des Ammonshornes zu verlegen sei.

KRAMER (Breslau).

LADAME. *La question de l'aphasie motrice sous-corticale. Rev. neurol.* 10 (1), 13—18. 1902

LADAME beschreibt einen Fall von subcorticaler motorischer Aphasie mit Sectionsbefund. In seltener Reinheit entspricht dieser Fall dem von LICHTHEIM, DEJERINE etc. aufgestellten typischen Symptombilde, nämlich Erhaltensein des Lesens und Schreibens bei vollständigem Sprachverlust. Es handelt sich um eine Patientin, die im Jahre 1890 im Alter von 45 Jahren eine Apoplexie bekam, deren Folge eine rechtsseitige Hemiplegie mit Facialislähmung und vollkommener Sprachverlust war. Das Sprachverständnis blieb erhalten; ebenso konnte Pat. schon in den ersten Tagen ungestört lesen und schreiben. Die Intelligenz war ebenfalls nicht beeinträchtigt; die Silbenzahl vorgespochener Worte konnte sie stets fehlerfrei angeben. Im Laufe der Jahre besserte sich die Hemiplegie und die Gesichtslähmung vollkommen. Das Sprachvermögen blieb bis zum Tode in gleicher Weise gestört; nämlich: vollkommener Verlust der willkürlichen Sprache, Aufhebung des Nachsprechens und Lautlesens; erhalten war dagegen: Spontanschrift, Nachschreiben, Dictatschreiben, Verständnis gesprochener und geschriebener Worte. Die Patientin starb 1901 an den Folgen eines seit 1894 bestehenden Diabetes. Bei der Section fand sich ein Herd in der Rinde im Fusse der linken dritten Frontal- und vorderen Centralwindung. Die Schlüsse, die LADAME aus dieser Beobachtung zieht, sind folgende: 1. Die Symptome, die man als charakteristisch für die subcorticale motorische Aphasie angesehen hat, finden sich auch bei Rindenverletzung in der pars opercularis des Stirnlappens. 2. Agraphie ist nicht nothwendig die Folge einer Läsion der BROCA'schen Windung, wie behauptet worden ist. 3. Die Eintheilung der motorischen Aphasien in corticale und subcorticale sollte aufgegeben werden, da sie weder den klinischen noch den pathologisch-anatomischen Erfahrungen entspricht.

Zur genaueren Beurtheilung des Falles und seiner allgemeineren Bedeutung wird wohl der mikroskopisch-anatomische Befund abzuwarten sein.

KRAMER (Breslau).

F. W. EDRIDGE-GREEN. *The Evolution of the Colour Sense. Journ. of Mental Science* 47 (199), 678—679. 1901.

Verf. vertritt die Ansicht, daß Farbenblindheit ein Zurückgeblieben-

sein auf einer früheren Stufe der Entwicklung bedeutet. Farbensinn und Lichtsinn sind bis zu einem gewissen Grade von einander unabhängig und können jeder für sich gestört sein. Dies weist darauf hin, daß Licht- und Farbenperception in verschiedenen Ganglienzellen des Gehirns zu Stande kommen; und Verf. meint, daß die letztere sich später entwickle, als die erstere. Darum wird zuerst Alles nur in Abstufungen von Schwarz und Weiß gesehen; dann tritt zunächst Farbenempfindung an den Enden des Spectrums als Roth und Violett auf, und dies ist der Standpunkt, auf dem sich HOMER befand. Verf. konnte auch den gleichen Grad der Farbenblindheit an dem einen Auge eines Patienten bei farbentüchtigem anderen Auge beobachten. Die beiden farbigen Streifen rücken dann im Laufe der Entwicklung des Farbensinns immer näher an einander, bis sie zusammenstoßen und an dieser Stelle das Grün auftritt. An den Berührungsstellen der nun vorhandenen Farben treten dann Gelb und Blau und zum Schluß Orange auf.

KRAMER (Breslau).

F. SEYDEL. **Ein Beitrag zum Wiedersehenlernen Blindgewordener.** *Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, XL. Jahrg. 1, S. 97—113. 1902.

Der bereits von AXENFELD geschilderten Beobachtung eines Falles von Verlernen des Sehens nach Erblindung im 6. Lebensjahre (s. Referat *dieser Zeitschr.* 25, S. 259) kann SEYDEL 2 neue hinzufügen. In beiden Fällen war nach Verlust des einen Auges durch Verletzung, das andere durch sympathische Erkrankung im 7. Lebensjahre erblindet, in dem einen wurde 3, in dem anderen Falle 24 Jahre später durch eine Operation das Auge wieder sehfähig gemacht. Aus dem sehr genau in den Einzelheiten wiedergegebenen Verhalten des Operirten geht hervor, daß dasselbe dem von Blindgeborenen glich, wenn auch die Hochgradigkeit und Vollständigkeit des Verlernens bei dem geistig sehr zurückgebliebenen 10jährigen Mädchen stärker hervortrat als bei dem 31jährigen geistig besser veranlagten Manne. Durch Uebungen gelang es in beiden Fällen, das optische Begriffsvermögen wieder herzustellen.

G. ABELSDORFF.

W. THORNER. **Zur Theorie der Refraktionsbestimmungen.** *Arch. f. Augenheilk.* 45 (2), 111. 1902.

Da unsere Brillengläser nicht im Knotenpunkte des Auges angebracht werden können, besteht bekanntlich zwischen der Stärke des corrigirenden Glases und den wirklichen Ametropiegraden ein Unterschied, der den Praktikern insbesondere bei hochgradiger Myopie oft genug unliebsam bemerkbar wurde. Liegt z. B. der Fernpunkt eines Auges 100 mm vor dem Hornhautscheitel (also ca. 107 mm vor dem vorderen Knotenpunkte), so sprechen zwar manche Kliniker, ohne diesen Knotenpunkt zu berücksichtigen, von einer „reellen Myopie“ von 10 *D*, das corrigirende Glas ist aber nicht (— 10,0) *D*, sondern ein stärkeres Concavglas. Die Stärke hängt ab von dem Abstand, in dem das Brillengestell vor die Hornhaut gebracht wird; TH. hat sehr Recht, wenn er den „guten Rath“: in solchen Fällen das Brillenglas möglichst dicht an das Auge zu bringen, als noch mehr verwirrend und jeder Controle beraubend bezeichnet. Wie schon andere Autoren (FUKALA, PFLÜGER u. A.) schlägt TH. 10 cm. als constanten Brillenabstand, er nennt dies Correctionspunkt, vor. In oben ge-